

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CUTÁNEAS

D/D^a....., con DNI.....

Si procede, su representante legal:

D/D^a....., con DNI.....

En calidad de.....

DECLARO:

Que el profesional.....
del Centro / Servicio Sanitario.....
me ha explicado la conveniencia de realizar este procedimiento para eliminar los tejidos muertos de las lesiones que presento y facilitar su cicatrización.

CONSIDERACIONES GENERALES

En las lesiones puede aparecer tejido no viable que debe ser extirpado, generalmente por un objeto cortante (bisturí), para evitar una inflamación mantenida, un crecimiento excesivo o una posible infección.

RIESGOS / COMPLICACIONES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como en cualquier actuación sanitaria. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones: alteraciones de la sensibilidad de la zona (dolor), sangrado, infección, recurrencia del tejido muerto, resultado pobre en la extirpación, cicatrices irregulares, vómitos, bajadas de tensión, etc.

El profesional sanitario me ha indicado que si es necesario se realiza con anestesia local para garantizar una intervención sin dolor. Los riesgos derivados de la anestesia son muy importantes aunque muy poco frecuentes.

RIESGOS PERSONALIZADOS

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis enfermedades (diabetes, alteraciones de la coagulación, problemas del corazón, hipertensión) y tratamiento habitual. Ya que pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos.

ALTERNATIVAS

El profesional me ha explicado la existencia de otras alternativas para el desbridamiento de la lesión, siendo el desbridamiento el procedimiento recomendado por las características de mi lesión. En la gran mayoría de pacientes no existe peligro si no se retira el tejido muerto. Aunque no se pueden predecir los resultados o evolución de mis lesiones. Si el tejido muerto aumenta su tamaño y es más difícil su extirpación, puede producir daños en estructuras cercanas, inflamación o incluso infecciones graves.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL DESBRIDAMIENTO DE LAS LESIONES QUE PRESENTO**, teniendo en cuenta que:

- He comprendido las explicaciones que me han facilitado, he podido hacer preguntas al personal que me ha atendido y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
- Comprendo que el desbridamiento es una de las indicaciones establecidas para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones, y sin que repercuta en mis cuidados.

AUTORIZO:

- A que se realicen las actuaciones oportunas, que pudieran surgir en el curso de la intervención.
- A la toma de muestras biológicas, si es necesario, para estudiar mejor mi caso.
- A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.
- A que participe personal en período de formación, o a que personal autorizado pueda asistir como observador.

Fecha ___/___/_____

Fdo. D/D^a

Fdo. (Personal)

Fdo. (Representante)

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/D^a....., con DNI.....

Si procede, su representante legal:

D/D^a....., con DNI.....

En calidad de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....

Fecha ___/___/_____

Fdo. D/D^a

Fdo. (Personal)

Fdo. (Representante)